



Chaturvedi AK, Engels EA, Pfeiffer RM, et al. Human papillomavirus and rising oropharyngeal cancer incidence in the United States.

J Clin Oncol 2011;29:1-8.

Vers une modification de l'épidémiologie des cancers de l'oropharynx

Les auteurs, épidémiologistes au sein du réseau de surveillance des cancers des États-Unis, ont analysé les données de trois registres évaluant l'incidence des cancers oropharyngés. Celle-ci a augmenté, passant de 2,8 à 3,6 p. 100 000 habitants/an entre 1988 et 2004, ne touchant, au sein des cancers ORL, que l'oropharynx. Cette augmentation, qui peut

sembler modeste, cache une modification nette de l'épidémiologie de cette tumeur : alors que l'incidence des cancers HPV- (donc volontiers liés à l'intoxication alcoolo-tabagique) a diminué de 2 à 1 %, celle des cancers HPV+ est passée de 0,8 à 2,6 (+225 %). Cette modification explique l'amélioration constante du pronostic sur ces 20 dernières années, puisque les patients

avec une tumeur HPV+ ont un meilleur pronostic : la médiane de survie globale des patients est de 131 mois pour les patients HPV+ vs 20 mois pour les patients HPV-.

Les auteurs soulignent un point important pour l'avenir : si l'augmentation se poursuit sur le même rythme, dans 10 ans le nombre de cancers oropharyngés HPV+ dépassera l'incidence des cancers du col utérin.

Les facteurs de risque pour une tumeur d'être HPV+ sont le sexe masculin (85 % des cas sont des hommes), le jeune âge, et le fait de ne pas être noir. Plus de pratiques sexuelles à risque et de relations orogénitales expliquent probablement ces tendances.

Commentaires : ces données soulèvent évidemment le problème de la prévention. Contrairement

au cancer du col utérin, aucune mesure de dépistage n'est validée pour les cancers de l'oropharynx. Reste la prévention, qui passe avant tout par les mêmes mesures que pour toute infection sexuellement transmissible. Surtout, le sérotype le plus fréquemment en cause, HPV16 (90 à 95 % des cas), est couvert par les vaccins disponibles. Ces vaccins, pour lesquels le rôle positif sur la survie des patientes traitées reste à montrer, pourraient voir leur champ d'étude s'étendre, ce que les laboratoires évoquent déjà. Enfin, il est possible que ces changements dans les facteurs étiologiques et le pronostic des patients nécessitent une modification de la prise en charge thérapeutique, ce que les études cliniques devront démontrer dans les prochaines années. • RD

Et si c'était une maladie rare ?

Les questions

Cette rubrique est destinée à sensibiliser les médecins aux maladies rares dont la présentation clinique peut être relativement banale.

Les réponses aux questions posées seront développées avec une brève synthèse de la pathologie en cause dans le prochain numéro de La Revue du Praticien.



Cette chronique fait l'objet d'une contribution éducative des Entreprises du médicament (LEEM).

Une femme d'origine turque, âgée de 24 ans, consulte pour des épisodes fébriles évoluant depuis l'âge de 6 ans, d'une durée de 2 à 3 jours, et récurrents tous les 1 ou 2 mois. La fièvre à 39 °C s'accompagne de douleurs abdominales et parfois d'un placard érythémateux très douloureux de la jambe. De façon plus récente, elle a également des épisodes de gonalgies. L'examen clinique le jour de la consultation (en dehors d'un épisode aigu) est normal. Les examens biologiques effectués aux urgences au cours d'un accès fébrile avec des douleurs abdominales très intenses montrent une protéine C-réactive à 150 mg/L et une hyperleucocytose à 15 000/mm³.

■ Quel est votre hypothèse diagnostique principale ? (une seule réponse)

1. Une arthrite juvénile idiopathique
2. Une maladie de Behçet
3. Une fièvre méditerranéenne familiale
4. Une maladie de Crohn
5. Un syndrome périodique lié au récepteur du TNF

■ Quel(s) examen(s) demandez-vous pour confirmer votre hypothèse diagnostique ?

1. Une colonoscopie
2. Un typage HLA
3. Vous faites préciser l'histoire familiale
4. Une biopsie cutanée
5. Une recherche de mutation du gène MEFV (*Mediterranean FeVer*)
6. Une recherche de mutation du gène *TNFRSF1A* (codant le récepteur 1 du TNF)

■ Votre diagnostic est confirmé, quel traitement prescrivez-vous ? (une seule réponse)

1. Une corticothérapie orale à la dose de 1 mg/kg/j
2. De la sulfazalazine
3. Un inhibiteur du TNF-α
4. Un inhibiteur de l'interleukine 1
5. De la colchicine à la dose de 1 mg/j *per os*
6. Une injection intraveineuse hebdomadaire de colchicine